

米国のナーシングホームに関する品質管理体制

河 口 洋 行

1. 研究の目的と背景

1.1 研究の背景

後期高齢者の増加が予想されることから、介護サービスの品質の確保は、日本の重大な政策課題である。従来は、特別養護老人ホーム等の施設介護サービスにより、居住サービス部分とケアサービス部分が同一事業者により一体的に供給されていた。しかし、今後は居住サービス部分とケアサービス部分を異なる事業者が供給することが政策的に志向されている。例えば、2011年に改正された「高齢者の居住の安定確保に関する法律」では、主に居住サービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」を、10年間で30万戸整備するという政策が決定された。このサービス付き高齢者向け住宅には生活相談や安否確認などのサービスが附帯するものの、介護サービスなどは別途利用者が購入する必要がある。このような居住とケアが分離して供給させる体制において、「ケア部分」の品質管理を誰がどのように行うべきかについては、まだ制度的対応が決定していない。わが国同様に、主に営利組織に施設介護サービスの供給を委ねている米国では、最近になってナーシングホームに対する抜本的な品質改善政策が実施されている。

米国では1970年代～1980年代にナーシングホームの品質の低さが社会問題化した。連邦議会から対策案の提案を依頼された Institute of Medicine (以下 IOM) によると、当時ナーシングホームの質は低く、利用者は虐待やネグレクトを受けていると報告している。1986年に IOM はこの

実態を踏まえて、改善のための方策を50以上提案した（澤田・近藤，2007）。これを受けて、連邦政府は1987年にNursing home reform Actを含む、1987年包括的予算調停法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987，以下OBRA87）を成立させた（小松，2007a）。

OBRA87の成立により、公的医療保障制度から償還を受けるための認証（certification）を受けたナーシングホームは、入居者全員のアセスメント・データであるMinimum Data Set（以下、MDS）の政府への提出を1990年から義務付けられた（伊藤・近藤，2007）。また、1990年から1998年にかけてMDSのデータを利用した品質評価指標（Quality Indicators，以下QI）が開発された。このQIは主に連邦政府及び州政府による行政監査に利用される他、当該事業者にもフィードバックされる（澤田・近藤，2007）。また、現在ではMDSは、公的医療保障制度からの費用償還のための入居者の分類方法であるResource Utilization Group（以下RUG）を算定するためのデータを同時に提供する。このため、受け取る償還金額を増加させるためにRUGをアップコードしようと入居者のアセスメントをMDSで過大評価すると、逆に品質を示すQIが悪化するという抑止の仕組みが入れている（池上，1997）（澤田・近藤，2007）。

1990年代後半には、ナーシングホームに対する過去の問題から入所を躊躇する人が問題となり、ナーシングホームを選択するための情報公開制度が創設された（小松，2007a）。このNursing Home Compare（以下NHC）は、MDSから作成される品質評価指標（Quality Measures，以下QM）及び定期的に実施される行政監査の結果を、インターネット上で公表する仕組みである。尚、専門知識の必要なデータをそのまま公表されても一般利用者が理解しにくいことから、2008年度からはミシュランのガイドブックのように星の数で評価を示す形（但し、星5つが最高）に変更された。

1.2 先行研究

欧州の多くの国が高齢者向け住居を「公的住宅」として確保する政策を推進してきたのに対して、米国と日本は持家所有の優遇などにより民間事業者に委ねて来たという点で共通点が見られる（小玉ら，1999）。この民間事業者が営利組織の場合には、多かれ少なかれ利潤最大化の動機を持っている。このため、理論的には品質を低下させることによって費用低下と利潤拡大を図る恐れが非営利組織に比して大きいと想定される。この恐れが現実化したのが過去における米国のナースィングホーム問題であると考えられる。その実態については日本においても詳細に報告されている（岡本，1984）。

米国において代表的な高齢者施設であるナースィングホームについては、先行研究において様々な側面から研究されている。クルーム（2008）は、米国の高齢者住宅の種類やその機能を概観している。その中のナースィングホームの入居者は米国の高齢者の約5%が入居しており、短期入所者の増大により年間利用者総数が320万人（2005年度）となったことを報告している。小松（2007a, 2007b）は、米国のナースィングホームに対する規制体系という面から品質管理制度を解説し、ケアの実態を正確に把握するための調査のあり方について論じている。

澤田・近藤（2007）は、米国のナースィングホームにおける品質管理手法の全体像について文献レビューと筆者の現場経験からまとめている。併せて、当該品質管理手法について、ナースィングホーム側の管理者に対するヒアリング調査からまとめている。同じく、澤田・近藤（2008）は、米国のナースィングホームに対する行政監査とそれに対する施設側の対応について報告している。澤田・近藤・伊藤（2009）は米国のナースィングホームの情報公開制度（NHC）を日本の類似制度と比較して、改善策を提案している。

米国における品質管理手法を日本において活用する試みもいくつか見られる。MDSについては池上（1997）及び田宮（2006）が、日本の高齢者施

設において、実際に MDS をデータとして収集し、その日本での利用可能性を検討している。

以上の文献によれば、ナーシングホームの品質管理手法は、「行政監査」、「ナーシングホーム事業者の自主的取り組み」、「情報公開制度」などにわたって、かなりの部分が解明されている。但し、規制当局である Center of Medicare and Medicaid Services（以下、CMS）からの直接情報を含んでおらず、関連の深い公的医療保障制度からの品質向上への取り組みについては触れられていない。

1.3 本研究の目的と特徴

本研究の目的は、米国のナーシングホームに関する品質管理制度を、様々な品質管理手法を統合した観点からシステムとして捉え、日本への政策的示唆を引き出すことである。特に、住居部分とケア部分の分担が進む日本のサービス付き高齢者住宅制度に対する適用を検討したい。

本研究の特徴は、ナーシングホームの品質管理手法を、MDS やそのデータベースを利用した品質管理・行政監査に加えて公的医療保障制度の支払い審査も含めて総合的に把握することである。また、文献調査だけでなく実際に監督官庁に直接ヒアリングする機会を得て、規制当局側の情報を含めて総合的な規制体系を把握することである。

本研究の構成は以下の通りである。本節では、本研究の背景と目的について述べた。続く第二節では研究の方法を説明する。第三節では、ナーシングホームの品質管理体系として、行政監査、施設側の自主的取り組み、公的医療保障制度の仕組み、情報公開制度の4点について概観する。最後の第四節では日本への政策的示唆を示す。

2. 研究の方法

本研究は、米国政府の CMS 及びコロンビア特別区にあるナーシングホ

ーム及び高齢者住宅を訪問し、ヒアリング結果をベースに関連文献及び関連データをまとめたものである。

米国保健省 CMS については、Division of Nursing Home, Chronic Care Policy, Center of Medicaid and State Operation, Medicare Hospice policy の4部門の責任者にヒアリング及び質疑応答を実施した。

ナーシングホーム事業者に対しては、ワシントンハウス（スキルド・ナーシングホーム，トラディショナル・ナーシングホーム，在宅ホスピス及び入院施設の複合施設）に対して、ヒアリング及び現地視察を実施した。面談した担当者は、Chief Executive Officer, Nursing Home administrator, Executive Director of Hospice の3名である。当該ナーシングホームは、バーバラ・ブッシュ（ジョージ・ブッシュ元大統領の妻）も理事会の役員を務めており、その名前のついた中庭が設置されている。内部を見学すると、英国や日本の王室関係者が訪問した際の写真が飾っており、高所得者向けのナーシングホームである。また、ナーシングホームと比較するために高齢者向け住宅（アシステッド・ハウジング）であるホームクレストハウス（Homecrest House）を同日訪問し、現地視察及びヒアリングを実施した。

3. ナーシングホームに関連する品質管理制度の体系

本研究では、ナーシングホームに関連する品質管理手法の体系を以下の3点から概観する。第一に、連邦政府及び州政府が実施する「行政監査」である。この行政監査は、特に品質の悪いナーシングホームを改善することが目的である。CMS の方針では、監査手法の継続性を重視し、監視する指標もあまり変更を行わない。その代わりに、入居者のアセスメントの正確さを重視する。要求される品質水準を見たさない場合にはペナルティ（罰金など）を課すとしている。第二に、公的医療保障制度（高齢者向け医療保障制度であるメディケア及び低所得者向け医療保障制度であるメディケイド）における償還制度における費用請求に対する支払い審査及び Value-Based

Purchasing 制度（以下 VBP）である。CMS の方針では、この費用請求のチェックは行政監査とは反対で、統計的に見て不適切と疑われる請求パターンがあれば、他の費用項目も含めて様々な面からチェックを実施している。また、VBP は要求される品質水準を満たす場合には、報奨金を上乗せするという形で、より高い品質水準の事業者を増加させる仕組みである。第三に、行政監査の結果及び MDS から作成される QM は NHC で公開され、入居希望者がナーシングホームを選択する際に情報を提供している。この NHC は、本来は、ナーシングホームの入居希望者が事業者を選択するための仕組みである。同時に、潜在的な入居者を増加させるという形で事業者品質改善を促すことから、第三の品質管理手法として考えることも可能である。このような複数の品質管理の仕組みに置かれた事業者は、実際には自らの手で品質改善を行うこととなる。この事業者の品質改善への自主的取り組みについては、既に先行研究があることから本研究では取り上げない。

3.1 品質指標 QI を利用した監査制度

3.1.1 行政監査の手順と QI の利用

一般的に行政監査は2～3名の調査員 (surveyor) により、3～10日行われる。原則として抜き打ち検査 (unannounced) で、24時間365日いつでも行われる（伊藤・近藤，2007）。CMS によれば、監査は以下の7つのステップで実施される。第一に、監査の事前準備で施設の情報が吟味される。第二に、施設に立ち入り監査全体に対する会議を施設側と行う。第三に、施設の最初の現地調査を行う。第四に、調査を実施する入居者のサンプルを決定する。第五に、入居者の生活の質 (Quality of Life) 等の7つの項目について情報を収集する。第六に、収集された情報を分析・検討する。第七に、施設側との最終会議を実施する。

CMS のナーシングホームに対する監査手法は、OBRA87以降に「入居

者中心 (resident-centered)」及び「成果主義 (outcome-oriented)」という方針に大きく変化したとされている。一方で、OBRA87 以前は、監査を委託する州政府によって監査の水準が異なり、更に直接監査を実施する民間事業者 (private agent) の調査員による判断のバラツキも問題となっていた。

OBRA87 以降では、品質指標をベースとした監査 (Quality Indicator Survey, 以後 QIS) が採用され、特に品質が劣っている部分や問題が生じた入居者個人を特定するために、MDS のデータベース及び QI を利用している。例えば第一段階の監査の事前準備の際に、QI を用いて調査対象施設の弱点を予め予測することが行われている (小松, 2007b)。また、従来の監査では、監査手順の第三にある現地調査の際に、サンプルとなる入居者を全体の 20% ほど選定していた。しかし、このような選定方法は調査員の恣意的なサンプリングを可能とする。QIS では、監査対象となる施設の MDS を持参するタブレット PC にオフサイトでダウンロードしておき、ソフトウェアで全員の MDS からサンプルとなる入居者を自動的に選択する。また、この自動化によりサンプルの規模の拡大が可能となり、現在の入所者全体の 30% のサンプルを無作為抽出してチェックする。併せて、入居者のカルテ (medical record) のレビューが全体の 20% に対して実施される。このように、無作為抽出の採用及びサンプル数の割合を拡大することで、入所者全体の代表性を確保し、調査員によるサンプル抽出の偏りを防止したと考えられる。

次に、QI が閾値 (national threshold) を超過しているかをコンピューターが判定する。具体的には、タブレット PC にインストールされたソフト (Data collection tool, 以下 DCT) が指示する 50 項目以上のチェックを調査員が追加で行うと、DCT が調査委員に対して推測される問題点や更にチェックが必要な項目を提示する仕組みになっている。このように、客観的な QI を用いてより深い調査を実施することにより、調査員の能力不足による重大な問題の見逃しや調査員の個人的な考えによる必要以上に厳しい

表1 米国 NH の行政監査によるペナルティ

被害度 / 被害範囲	単独 (isolated)	パターン有り (pattern)	広範囲 (widespread)
緊急性のある安全・健康への直接被害	J 必須：C3 任意：C1, C2	K 必須：C3 任意：C1, C2	L 必須：C3 任意：C1, C2
緊急性はないが安全・健康への被害有り	G 必須：C2 任意：C1	H 必須：C2 任意：C1	I 必須：C3 任意：C1, TM
被害はないが被害のある程度の可能性あり	D 必須 C1 任意 C2	E 必須：C1 任意：C2	F 必須：C2 任意：C1
被害はないが、被害の可能性が最小	A 制裁措置なし	B 改善計画書提出	C 改善計画書提出

出所) CMS (2010) “State Operation Manual Chapter 7 Survey and Enforcement Process for Skilled Nursing Facilities and Nursing Facilities” 及び澤田・近藤 (2008) P52 図2より筆者作成

注1) C1 は、改善計画書の提出、州政府による監視、職員研修の実施のいずれか

注2) C2 は、新規入所者の公的医療保障制度からの支払い停止、全入所者の公的医療保障制度からの支払い停止、罰金 \$ 50 ~ \$ 3,000/日、罰金 \$ 1,000 ~ 10,000/日のいずれか

注3) C3 は、外部者による一時的経営、運営停止、罰金 \$ 3,050 ~ \$ 10,000/日、罰金 \$ 1,000 ~ 10,000/違反1件のいずれか

注4) TM とは、外部者による一時的経営

注5) 制裁措置の「必須」とは必ず課される罰則、「任意」とは他の条件を勘案して決める罰則

問題指摘が回避され则认为られる。尚、これらの州政府による行政監査の結果は、Online Survey Certification And Reporting system (以下、OS-CAR) というデータベースに記録され、情報公開制度である NHC で公開される (小松, 2007a)。

3.1.2 行政監査における罰則

監査の結果は、指摘された問題点を横軸として「被害範囲」(単独・パターン有り・広範囲の3段階)、縦軸として「被害度」(4段階)として、該当した升目(表2のA~L)が最終評価となり、その内容に応じてペナルティが課される (澤田・近藤, 2008)。例えば、被害範囲が「単独」でも被害度が「緊急性を伴う直接被害」の場合 (升目はJ) には、「外部者による一時的

経営，運営停止，罰金 \$ 3,050 ~ \$ 10,000/日，罰金 \$ 1,000 ~ 10,000/違反 1 件のいずれか」が該当する。また，同じ「単独」で被害度が一つ低い場合（升目は G）には「新規入所者の公的医療保障制度からの支払い停止，全入所者の公的医療保障制度からの支払い停止，罰金 \$ 50 ~ \$ 3,000/日，罰金 \$ 1,000 ~ 10,000/日のいずれか」が課される。但し，事業者ヒアリングによれば，現実には罰則はあまり厳しいものはなく，利用者が事故で死亡するなどの重大な問題が起きなければ，改善措置を取るための猶予期間が与えられる場合が多いとのことである。

3.1.3 連邦政府と州政府の監査における役割分担について

CMS によると連邦政府と州政府の役割分担は，連邦政府が監査のスタンダードを決めて，実施は州政府が民間事業者に業務委託して実施することであった。但し，監査の方針に関して連邦政府とナースィングホームの事業者が変化しても，州政府が変化しない傾向が見られる。例えば，州政府の行政監査の調査員が問題点として指摘した根拠を連邦政府の規制としていたが，実際には連邦政府の規制にはそのような点はなかったことがあるそうである。また，事業者であるワシントンハウスによると，州政府の指導と連邦政府との指導の違いとしては，連邦政府の側は，利用者の生活の質（Quality of Life，以下 QOL）や安全確保（life safety）を重視している感じであるが，一方で州政府の場合にはケアプランの適切性に対する指導が中心である。さらに，州政府の場合は細かな点を突いて，意味のない違反事項をつけてくる場合があるそうである。例えば，ドアに移動具をぶつけると傷が付いてしまう。このような点を州政府は問題点として指摘してくるが，連邦政府はまったく問題にしない。また，小松（2007b）は，連邦政府の監査は，州政府の監査が適切に行われているかを確認することを目的としていると指摘している。

3.1.4 監査制度に対するナーシングホーム側の認識

伊藤・近藤(2007)によれば、MDSに関する評価としては、90日間毎（入所後5日目、14日目、30日目、60日目、以降90日毎）であるがこの人的負担が大きいというネガティブな評価と、慣れればさほど負担にならないというポジティブな評価が見られた。また、ナーシングホーム側からみたら新しい監査手法(QIS)への評価は、概ね積極的肯定であった(伊藤・近藤, 2007)。QMやQIに対しては、既に必要な指標として認識されていたが、ケアの質の一部しか反映されない、施設の特性によって不利になる場合がある(リスク調整を実施しても)が指摘された。

一方で、ワシントンハウスでは、ナーシングホームに対する規制は、項目が多い(highly regulated)、急に規制が大きく変わる、規制当局(特に連邦政府を指す)は事業者と双方向で話す(conversation)ことがなく、一方的に通告(talk)してくる点を不満として挙げていた。これは、MDSが2010年からバージョン2.0から3.0で大幅に変更された直後にヒアリングを実施したためかも知れないが、不満が大きいことを伺わせた。例えば、バージョン3.0からは、入居者へのヒアリングとその結果の提出が義務化されたが、80歳以上の高齢者が多い場合には、入居者の記憶力や理解力の不足から適切な評価をしてくれるかは大いに疑問であると指摘していた。さらに、規制当局の行政監査の調査員は、低所得者が雇用される場合が多いことから、高所得者が多い当該施設に反発を覚えて敢えてチェック項目をバツにするなど、バイアスの掛った監査を受けたことも問題であると訴えていた。

3.2 公的医療保障制度における保険請求審査

3.2.1 公的医療保障制度からの償還方法

米国の公的医療保障制度は、ナーシングホームに対する償還を認めている。但し、メディケア(高齢者向け医療保障制度)の場合には、病院からの

退院直後の3ヶ月に限って保障を行う。その後は、自己資金での支払いができない低所得者に限ってメディケイド（低所得者向け医療保障制度）の利用が認められる。

米国の公的医療保障制度では、ナースィングホームに対する償還制度として主に人件費に対する保障と資本費用に対する保障の2種類の支払い方法がある。前者は、入居者のニーズの大きさを反映した RUG の分類に応じて一日当たり定額で事前包括支払い方式 (Prospect Payment System) で支払われる。この RUG は、1981 年に Fries らにより、長期療養患者をその特性に応じて類別する仕組みとして、実際に収集したデータを分析して開発されたものである。

これまで利用されていた RUG Version 3（以下 RUG ）では、ナースィングホームの入居者は 44 グループに分類される仕組みであったが、2006 年にリハビリと特にニーズの高いグループ (Extensive service) などの 9 グループを加えた 53 グループになった。RUG Version 4（以下、RUG ）への移行にあたっては、最近の技術進歩や医療専門職の役割分担の変化を把握するために、2006 年に「スタッフのタイムスタディと資源消費量のバラツキ調査 (staff time study and resource intensity verification; STRIVE)」が実施され、基礎データが収集された。ヒアリング時点では、RUG から RUG に移行中であった。

RUG は、8 グループ・66 カテゴリーに分かれており、分類分けの基準は「リハの必要度」「特別ケアや延長ケアの必要度」「うつ症状の有無」による分類に、「ADL の段階分け」を加えて分類が決定する。ADL の段階は、4 つのカテゴリー (Bed mobility : 寝台上での可動性, Transfer : 移動, Toilet use : トイレ利用, Eating : 食事) を 5 段階で評価する。うつ症状の有無については、うつ症状のスクリーニングを行うための調査票である「こころとからだの質問票 (Patient Health Questionnaire 9)」で算出される点数が 10 以上の場合に該当すると判断する。併せて、認知症に伴う認知能力の低下

表2 RUG における支払い対象の区分

RUG Category	Rehab Level	ADL Levels				
		0-1	2-5	6-10	11-14	15-16
Rehab+Extensive	Ultra High	–	RUL	RUX		
	Very High	–	RVL	RVX		
	High	–	RHL	RHX		
	Medium	–	RML	RMX		
	Low	–	RLX	RLX		
Rehabilitation	Ultra High	RUA		RUB	RUC	
	Very High	RVA		RVB	RVC	
	High	RHA		RHB	RHC	
	Medium	RMA		RMB	RMC	
	Low	RLA		RLA	RLB	
Extensive Services		–	ES1, ES2, ES3			
Special High			HB	HC	HD	HE
Special Low			LB	LC	LD	LE
Clinically Complex		CA	CB	CC	CD	CE
Behavioral Symptoms and Cognitive Performance		BA	BB	–		
Reduced Physical Function		PA	PB	PC	PD	PE

出所）CMS 資料「SNF PPS Charges and RUG 」より筆者作成

注1）横軸は ADL の水準を，縦軸はリハビリの必要時間などを示している。

注2）2～3 文字の占める枠が別々の支払いグループを意味している。

注3）「－」は該当する支払いグループがないという意味である。

や問題行動がある場合についても特別なグループが設定されている（表2）。

RUG では不適切な請求に対する改善も行われた。RUG のリハビリの必要時間はナースিংホームが実際に実施した時間を報告する仕組みになっている。しかし，リハビリを実施するセラピストが入居者1人当たり1時間の施術を2人に対して同時並行で行って，2人の入居者のそれぞれに対して二重に1時間分の請求をする場合があり，問題となった。このため，RUG からは，この場合には1時間の施術を1人当たり30分に二分して

請求する方式に変更した。

もう一つの支払い方法は、ナーシングホームの建物・備品等の資本費用に係る支払いである（日本では、資本費用に対する公的保険からの給付は存在しない）。この資本費用の支払いは、施設側が提出する原価報告書（Cost Report）に基づいて行われる。この原価報告は、ナーシングホームが実際にかかった資本費用を詳細に報告するもので、業界団体が決定した共通ルールに従って配賦計算し、第三者の監査を受けた後に提出している。但し、同じ品質のケアサービスを提供していても、床材や内装にお金をかけると原価に反映され、給付金額が変動してしまうという問題点がある。

尚、ナーシングホームからの支払い請求をチェックする CMS は、2005 年から 2008 年のパイロットプロジェクトを経て、2010 年 1 月 1 日から民間事業者である Medicare Recovery Audit Contractor (RAC) に恒久的に審査委託を行うことを決定している (Cora, 2011)。

3.2.3 償還制度における P4P の実施と効果

公的保障制度における償還制度は、本来は必要な費用を補償することが目的である。しかし、近年において、高い水準の品質やパフォーマンスの改善を達成した場合に、報酬を与える (Pay for Performance, P4P) という品質向上の手法が先進国で試みられている。

Kuhmerker and Hartmen (2007) によれば、メディケイドでは約半数の州プログラムで P4P プログラムを試行しており、5 年以内に 85% が P4P プログラムを実施する予定である。但し、ナーシングホームに関する P4P プログラムは比較的少数である。Becky et al (2009) は、1980 - 2007 年までに実施されたナーシングホームに関する P4P プログラムを検証している。該当するプロジェクトは 13 プログラムで、その内現在も稼働している P4P プログラムは 7 プログラムであったと報告している（表 3）。その結果、P4P プログラムの効果については、1 つのプログラムで品質の改善

表3 Beckly et al (2009) による7つの既存 P4P プログラムの概要

プログラム名	参加者	成果報酬	指標数	結果の評価
Georgia Nursing Home Quality Initiative	州内の全ナースングホーム	参加により1%の報酬増額（成果により2%まで増額）	8項目	78%の参加者が成果報酬を受け取り
Iowa Accountability Measures Incentive Program	州内の全ナースングホーム（例外あり）	成果により1%, 2%, 3%の報酬額を増額	10項目	87%の参加者が成果報酬を受け取り
Kansas Nursing Facility Quality and Efficiency Outcome Incentive Factor	自由参加	成果により一日一人当たり報酬額に1ドルから3ドルを上乗せ	6項目	38%の参加者が成果報酬を受け取り
Minnesota Quality Add-on	自由参加	成果により2.4%まで報酬額を増額（但し、下位40%の場合には増額なし）	7項目	NA
Ohio Quality Add-on	自由参加	一日一人当たり報酬額に3ドルを上乗せ	6項目	NA
Oklahoma Focus on Excellence	自由参加	参加により1%の報酬増額（成果により4%まで増額）	10項目	NA
Utah Nursing Home Quality Improvement Initiative	自由参加	一日一人当たり報酬額に0.5ドルから0.6ドルを上乗せ	3項目	NA

出所）Beckly et al (2007) P4-5 Table 1 Description of Pay for Performance Programs in Nursing Home より筆者作成

のエビデンスが得られたものの、ほとんどのプログラムでは十分なエビデンスを得られていなかった。この理由については、品質が向上した場合の成果報酬が品質改善の費用を十分に賄うだけの水準を満たしていなかった可能性を指摘している。併せて、P4P プログラムによる成果に関する情報が十分に公開されていないため、評価が困難であることも指摘している。

CMS は、上記の P4P プロジェクトとは別に 2009 年から 3 年間の予定で、新たにメディケアに Value-Based Purchasing (VBP) という P4P の試

米国のナーシングホームに関する品質管理体制

行プログラムを実施中である (Jordan et al, 2012)。ナーシングホームへの支払いにおいても、VBP による支払いが 2009 年 7 月より実施されている。このプロジェクトには 5 つの州の 100 施設が参加している。パフォーマンスの評価方法は、最高 100 ポイントの点数が付けられ、州ごとにみて「ポイントの水準」又は「ポイントの改善率」が上位 20% の施設に報奨金が支払われる。点数の算定方法は、4 つの分野にその達成水準に応じて点数をつけ、合計して点数が決定される。分野ごとの配点は、「職員配置 (Staffing)」と「不適切な入院の防止 (Potentially avoidable hospitalizations)」がそれぞれ 30 ポイント、「品質の成果指標 (MDS からの QM)」及び「施設基準の評価 (Outcomes from State Survey Inspections)」がそれぞれ 20 ポイントで点数が付けられる。但し、当該プロジェクトの効果については、今後の検証が待たれるところである。

3.3 情報公開制度 (NHC) による品質改善の促進

NHC は、誰でもアクセスできるインターネット上のホームページで、ナーシングホームの住所（郵便番号でも可能）及び名前から検索すると、該当したページから以下の 5 項目の情報を得ることができる。第一に、ナーシングホームの概要である。具体的には、施設名、所在地、電話番号、メディケア・メディケイドの認証、定員数、開設組織の形態、病院の併設有無、入所者及び家族会の有無がわかる。また以下の第二から第四の項目に関する星評価の結果 (Health Inspection Rating, Staffing Rating, Quality Measures Rating) と、それらも含む総体的な星評価 (Overall Rating) が提示されており、この部分だけで概要が理解できるように工夫されている。

第二は、行政監査結果 (Inspection and Complaints) で、前述した OSCAR から分野別（ケアの質、入居者のアセスメント、食事と栄養管理、服薬管理等）別に指摘された問題点が表示され、害度 (Level of Harm, 4 段階) 及び被害の大きさ (Residents Affected, 3 段階) で深刻度が示されている。併せて防

火検査結果もあり、これらも分野別（防火扉やドア、非常口や誘導、自動スプリンクラーの種類）に、害度（Level of Harm, 4段階）及び被害の大きさ（Residents Affected, 3段階）で示されている。さらに、当該数値を単一の星評価（5つが最高）にした表示（Health Inspection Rating）を行っている。

第三に、スタッフ情報で、入所者1人に看護・介護スタッフが費やす1日の時間数が、登録看護師や理学療法士などの専門職別に示されている。この数値は、当該ナーシングホームのものを同じ地域の平均値及び全国平均値と比較できるようになっている。さらに、当該数値を単一の星評価（5つが最高）にした表示（Staffing Rating）を行っている。

第四に、QM（リスク調整後）の結果である。この数値も、当該ナーシングホームのものを同じ地域の平均値及び全国平均値と比較できるようになっている。さらに、当該数値を単一の星評価（5つが最高）にした表示（Quality Measures Rating）を行っている。

第五に、行政罰の履歴である。具体的には、法令違反により支払った罰金の金額（Fines）が過去に遡って表示される。併せて、政府が罰金を課した場合には、公的医療保障制度からの償還が拒否される（Payment Denials）場合がある。この償還の停止期間についても有無を含めて表示がされる。

以上のように NHC では具体的な問題点や数値を項目毎に示すとともに、主要な項目には星評価を併用して、利用者の理解を促す仕組みになっている。

4. 日本の高齢者ケアの品質管理への示唆

本研究では、ナーシングホームに関連する品質管理手法の体系を以下の3点から概観した。第一に、政府が実施する「行政監査」である。これらの監査は、特に品質の悪いナーシングホームを改善することが目的である。第二に、公的医療保障制度（高齢者向け医療保障制度であるメディケア及び低所得者向け医療保障制度であるメディケイド）において要求される品質水準を

満たす場合には、報奨金を上乗せするという Value-Based Purchasing 制度である。現在実施されているプロジェクトでは、上位 20% が報奨金を受け取れることから、中間層の品質を更に引き上げる効果があると考えられる。第三に、情報公開制度 (Nursing Home Compare) により、行政監査の結果及び品質指標 (Quality Measure, QM) をインターネットで公開し、ナーシングホーム事業者に品質改善を促す仕組みである。この情報公開は公的医療保障制度の認証を受けたナーシングホームは強制参加である。このような品質管理のための規制体系から日本の高齢者ケアに関する品質管理に関する政策的な示唆を検討しよう。

4.1 母集団データベースを基盤とした監視能力の強化

日本の特別養護老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅を米国のナーシングホームの場合と比較すると、以下のような政策的示唆が得られる。第一に、事業者の多様化に伴い監視能力の強化が必要である。そのためには、MDS のような母集団データベースを構築することが有効かつ効率的である。日本では社会福祉法人という非営利法人がこれまで主に施設介護サービスを供給して来た。このため、基本的に「性善説」によるサンプル調査や予告付き監査を採用していた。一方米国では、過去に大きな社会問題が起きたため、性悪説に基づいて品質を管理する規制を強化している。

このような監視能力の強化のために重要なのは、米国では入居者のアセスメント・データである MDS をデータベース化し、体系的な品質管理手法の基盤としている点である。この MDS のデータベースは入居者全員のデータを提出することになるため、不正行為や重大な過失があれば後日検証が可能となる。このため、事前抑止効果が大きいと考えられる。逆に考えれば、多様な事業者の参入を条件とする場合には、このような監視能力の強化が必要ということである。

実は、上記を可能とする仕組みは我が国の公的介護保険制度に既に組み

込まれており、その改良により対応することが可能である。具体的には、MDSに相当する「要介護認定情報」は、既に介護事業者により定期的なアセスメントすることが義務付けられており、電子データとして公的介護保険者（市町村）に提出されている。問題は、当該データが分散保存され、情報を二次利用できるデータベースになっていないことである。また、公的介護保険及び公的医療保険の請求データは、高齢者が受けているケアの実態を把握するのに有効である。これらの請求データはやはり分散保存されており、その二次利用は個人情報の保護を理由に厳しく制限されている。つまり、日本は米国に比して引けを取らない情報収集を実施しながら、そのデータの活用が行える体制ができていないのである。

このデータを二次利用が可能なデータベースとすれば、日本においても全数調査を行ったアセスメントデータベースが構築可能である。また、既にいくつかの先行研究で検討されているように、これらの情報を利用した介護サービスの品質評価も可能である（近藤，2007）（筒井・宮野，2011）。さらに、この要介護認定情報は、施設介護サービスの場合でも、在宅介護サービスの場合でも実施が義務付けられている。従って、居宅サービスとケアサービスが別々の事業者によって供給されても、この要介護認定情報から品質を監視することが可能である。

4.2 データベースの利用による行政監査の効率化と情報公開制度の充実

第二に、行政監査や情報公開制度を全数データベースと連携させることである。例えば、現在の日本では原則として2年に1回の事前予告付きの行政監査が行われている。米国に比して監査の間隔が長いだけでなく、事前予告が行われるため通常の状態をチェックできるとは限らない。しかし、行政監査は特に品質の悪い事業者を市場から排除するための重要な政策手段である。このような品質管理体制が不確実な状態が維持されているのは、人手や予算の制約であると説明されている。しかし、全数調査のデータベ

ースの信頼性が高ければ、品質の悪化をデータベースを通じて監視したり、事前に特に問題がある事業者を優先的に監査するために選別したりすることも可能である。実際に米国では、QI のような品質指標を用いて監査の事前準備をしたり、サンプルの無作為抽出を行うことにより監査の効率化が行われている。

日本において、住居とケアの分離が進むと、ある介護事業者の利用者が一箇所に集合していないケースが増加する。分散している利用者の状態を把握し、厳格な行政監査を実施するためには、母集団データベースの活用、QI や QM のような評価指導の利用が大きな助けとなると考えられる。

これらのデータベースは、情報公開制度とも連携させることが必要である。日本でも米国の情報公開制度である NHC に該当する「介護サービス情報の公表制度」や「第三者評価制度」が設立されている。しかし、規模の小さい介護事業者にとっては、新たな情報収集のための業務負担や関連する費用負担が困難なため、参加は原則として任意に留まっている。しかし、既に提出している要介護認定情報を基に、最小限の情報を追加する形に変更すれば、費用負担は軽減できるはずである。行政監査の結果や行政罰の有無も、データとして追加すれば、さらに精度が高い情報公開が可能となるであろう。

4.3 公的保障制度の支払い審査との連携

米国では、高いパフォーマンスを達成した事業者に対する公的医療保障制度からの支払いを割増するという P4P 制度が導入されつつある。しかし、現在のところその効果は未確認である。わが国において、早急に P4P 制度が導入されれば、現状の監視能力の弱さや性善説を基本とする監査制度のために、事業者の不適切な行動を誘発しかねない。例えば、P4P 制度で達成が要請される品質指標のみを改善させるなどの行動が、入居者の QOL を低下させる事態が憂慮される。しかし、そのような不適切な行

動を発見することは、現状の日本の品質管理制度のもとでは困難である。

従って、P4Pの活用よりも日本の公的保険制度の利点である詳細な請求明細書データ（レセプト）をデータベースとして用いることにより、品質管理に役立てることが検討されるべきである。レセプトには実施されたサービス項目別の情報が入力されており、基本的に電子データで提出されている。これらを要介護認定情報の全数データベースと組み合わせることにより、ケアの供給が入居者のQOL等の改善に結びついているかを検証することが可能になる。さらに、レセプト・データも施設介護及び在宅介護の両方で提出されるため、将来的に居住サービスとケアサービスが分離した場合にも包括的に利用が可能である。

このように現在も収集している情報を体系的に整理し、二次利用可能なデータベースを順次を構築しながら、品質を評価するための指標（米国のQIやQM）の開発を同時並行的に進めることが望ましい。米国においてもQIやQMの開発は、規制当局と事業者側がお互いに対話をしながら、「エビデンス」となるデータを用いて、時間をかけて開発されてきた（澤田、近藤、2010）。わが国でも、拙速に品質指標を設定するよりも、持続的な改善が可能な体制を構築しつつ、品質管理体制の開発を進めるべきである。

以 上

謝辞

本研究の実施に当って海外調査において在米日本大使館水谷恵由一等書記官（役職は当時）、ジェトロNY事務所森浩太郎年金福祉部長（役職は当時）及び鳥井陽一医療福祉部長（役職は当時）に大変お世話になった。また、多くの方にご多忙のところヒアリングにご協力頂いた。ここに記して感謝したい。本研究は、科学研究費助成事業「高齢者の住まい・医療・介護一体改革の鍵 - 」基盤研究(B)（課題番号22330088）の助成を受けたものである。

米国のナースিংホームに関する品質管理体制

参考文献

- 伊藤美千予, 近藤克則 (2007) 「アメリカのナースিংホームにおけるケアの質マネジメントシステムの現状と評価 - マネージャーらへのヒアリング調査をもとに - 」社会福祉学 Vol. 48 No. 1 pp153-166
- 岡本祐三 「アメリカの医療と介護 - その光と影」保健同人社, 1984
- クレーム洋子 (2008) 「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」海外社会保障研究 No. 167 pp 66-76
- 小松秀和 (2007a) 「アメリカのナースিংホーム規制 (1) ケアの質をめぐる議論と日本への示唆」香川大学経済論叢 Vol. 79 No. 4 pp131-150
- 小松秀和 (2007b) 「アメリカのナースিংホーム規制 (2) ケアの質をめぐる議論と日本への示唆」香川大学経済論叢 Vol. 80 No. 2 pp131-150
- 近藤克則 (2007) 「アメリカのナースিং・ホームのケアの質マネジメント・システム」社会福祉学 Vol. 48 No. 1 pp194-198
- 澤田如, 近藤克則 (2007) 「米国のナースিংホームにおけるケアの質マネジメントシステム - 文献レビューと現場経験をともに - 」日本医療・病院管理学会誌 Vol. 44 No. 3 pp293-301
- 澤田如, 近藤克則 (2008) 「米国のナースিংホームにおけるケアの質マネジメントシステム - 行政監査と施設レベルの取り組みに焦点をあてて」日本医療・病院管理学会誌 Vol. 45 No. 1 pp49-57
- 澤田如, 近藤克則 (2010) 「米国のナースিংホームにおけるケアの質マネジメントシステムの形成過程」『介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書』平成 22 年度老人保健健康増進等事業報告書 pp141-161
- 澤田如, 近藤克則, 伊藤美千予 (2009) 「介護サービスに関する情報公開制度の日米比較」社会福祉学 Vol. 50 No. 1 pp95-108
- 筒井孝子・宮野尚哉 (2011) 「要介護高齢者の状態の経年的変化データを利用した要介護サービスの質の評価方法に関する研究」介護経営 Vol. 6 pp20-41
- 田宮菜奈子 (2006) 「アウトカム評価に基づく高齢者施設ケアの質の確保システムの構築」科学研究費補助金研究 (研究課題番号 16390178) 研究実績報告書
- 小玉徹ら (1999) 「欧米の住宅政策 - イギリス・ドイツ・フランス・アメリカ」ミネルヴァ書房 京都市 日本
- 池上直己 「長期ケアのための方法論 - MDS, RUGs の研究と課題」季刊社会保障研究 Vol. 33 No. 3 pp45-59
- Cora DE (2011) “CMS auditing series: RAC Attack”. Health Capital Vol. 4 No. 9
- Becky et al (2009) “Pay for Performance in Nursing Homes”. Health Care

Financing Review Vol. 30 No. 3 pp1-13

Jordan et al (2012) “Value-Based Purchasing: National Program to Move from Volume to Value” New England Journal of Medicine Vol. 367 pp292-295

Kuhmerker and Hartmen. (2008) “Pay-for-Performance in State Medicaid Programs: A survey of State Medicaid Directors and Programs”,
<http://commonwealthfund.org/publications/publications-show.htm?doc-id=472891>

Nursing Home Compare Home Page

<http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/search.aspx?bhcp=1>

Centers for Medicare and Medicaid Services (2010) “State Operation Manual Chapter 7 Survey and Enforcement Process for Skilled Nursing Facilities and Nursing Facilities” pp 1-158

<http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/index.html?redirect=/SurveyCertificationGenInfo/>